

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 164.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LATÉRO-FLEXION

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M^{me} Pétrana OUZOUNOVA

Née le 9 Mars 1867, à Roustchouk (Bulgarie).

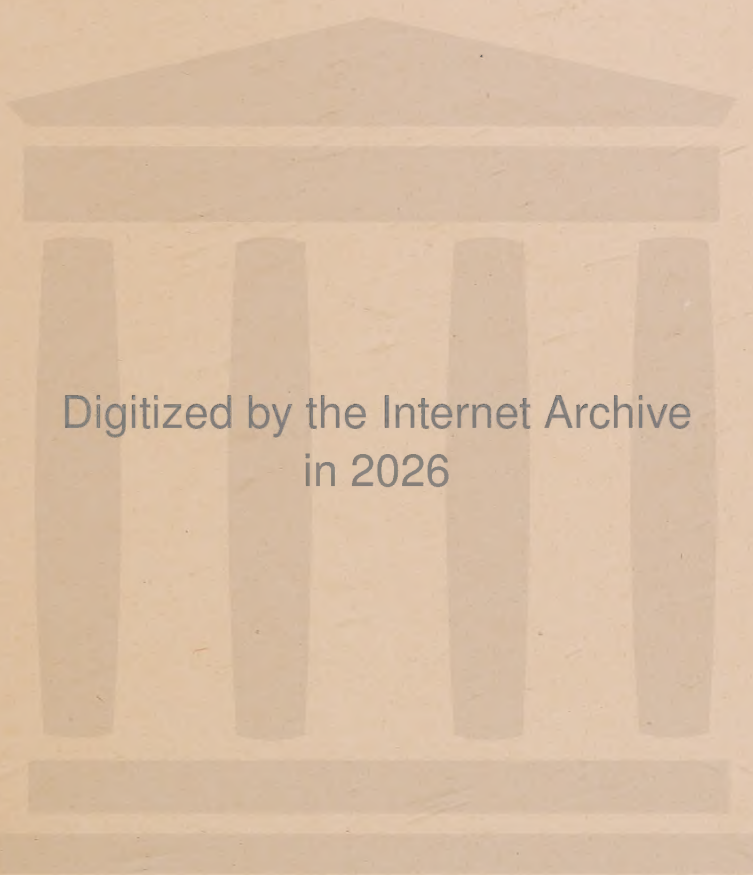


LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1898



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 464.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
LATÉRO-FLEXION
DE L'UTÉRUS GRAVIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M^{me} Pétrana OUZOUNOVA

Née le 9 Mars 1867, à Roustchouk (Bulgarie).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.

LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président ; M. CHANDELUX, Assesseur ;

MM. ROUX et POLLOSSON (A.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Notre Maître, M. le professeur agrégé Auguste Pollosson, chirurgien-major de la Charité, ayant bien voulu nous communiquer trois observations de latéro flexion de l'utérus gravide, nous avons choisi cette étude pour sujet de notre thèse.

La connaissance de cette affection est de date toute récente puisque, en dehors des trois observations recueillies par M. Pollosson, il n'existe aucune autre description, autant du moins que nous avons pu en juger d'après la lecture d'un grand nombre d'ouvrages français ou étrangers.

Nous avons puisé les matériaux de la plus grande partie de ce travail dans ces trois cas observés et dans l'enseignement de M. Pollosson sur ce sujet.

Nous nous proposons de faire une étude de cette variété rare de déplacement de l'utérus gravide, de grouper les observations relatives à cette question et de donner quelques détails sur les erreurs de diagnostic que l'on est exposé à commettre au lit de la malade.

En premier lieu, nous essayerons de donner un aperçu général sur l'anatomie, les moyens de fixité et la direction de l'organe gestateur.

Dans la deuxième partie, nous ferons une étude sur l'étiologie et la pathogénie de la latéro-flexion de l'utérus gravide.

Dans une troisième partie, nous étudierons la symptomatologie.

Dans la quatrième partie, nous ferons le diagnostic différentiel.

Enfin, après avoir exposé dans une cinquième partie, en quelques mots, les mesures qui doivent être prises comme traitement de cette affection, nous résumerons en quelques lignes nos conclusions qui seront déduites de nos faits cliniques aussi rigoureusement que possible.

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré, comme nous venons de le dire, par notre maître M. le professeur agrégé Auguste Pollosson. Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Fochier pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Notre entière reconnaissance est d'ailleurs acquise à tous les Maîtres de la Faculté de Lyon qui, pendant le cours de nos études médicales, nous ont prodigué avec tant de

sollicitude leur enseignement et les fruits de leur expérience.

C'est aussi pour nous un devoir, à la fin de nos études, de remercier tous nos anciens Maîtres de la Faculté de Montpellier, où nous avons fait nos premières études et où nous avons trouvé tant de sympathie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
LATÉRO-FLEXION
DE L'UTÉRUS GRAVIDE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

L'utérus est situé chez la femme adulte pendant la vacuité dans l'excavation pelvienne. Il est placé sur la ligne médiane, entre la vessie et le rectum.

Transversalement, il se trouve entre les deux ligaments larges.

Dans sa partie inférieure, il est engainé par le vagin.

L'utérus a la forme d'une poire, aplatie d'avant en arrière, dont le fond serait en haut. A l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, une sorte d'étranglement appelé isthme divise l'organe en deux parties : l'une, supérieure ou corps ; l'autre, inférieure ou col.

1° La **direction de l'utérus** est oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Elle se confond presque avec l'axe du détroit supérieur du bassin.

Telle est la direction normale de la matrice, celle que l'on observe en général chez les nullipares. Mais combien sont fréquentes les exceptions !

Les connexions de l'utérus sont assez lâches pour lui permettre d'osciller dans l'excavation et de s'y incliner plus ou moins dans tous les sens.

Il peut également être abaissé par une pression exercée sur l'hypogastre, ou être attiré à l'aide d'une pince vers la vulve.

Indépendamment des déviations que lui imprime incessamment la vessie, suivant qu'elle est vide ou distendue, l'utérus est tantôt fortement porté en avant, de façon que son fond vienne presser sur la face postérieure de la vessie : c'est l'antéversion ; tantôt, au contraire, il est renversé en arrière et vient presser sur le rectum : c'est la rétroversion ; enfin, il peut avoir éprouvé un mouvement d'inclinaison latérale, alors la latéro-version se produit, ce qui est rare.

Par suite de l'insertion du vagin sur le col, cette dernière partie est à peu près fixe : le corps, au contraire, maintenu en quelque sorte en équilibre par ses ligaments, est beaucoup plus mobile.

Il en résulte que dans ses diverses déviations l'utérus n'est pas repoussé en totalité soit en avant, soit en arrière ou sur le côté.

M. Sappey pense que l'utérus est tout à fait rectiligne, tandis que suivant la plupart des auteurs le corps est un peu fléchi en avant sur le col.

Cette flexion, à l'état pathologique, peut être plus prononcée et donner naissance à une antéflexion, à une rétroflexion ou à une latéroflexion, suivant que l'utérus est fléchi en avant, en arrière ou sur le côté.

Si l'on considère les changements considérables de volume, de forme et de consistance subis par l'utérus à chaque grossesse, les altérations et les lésions que l'accouchement peut impliquer aux organes voisins : ligaments, muscles, séreuses, et enfin l'influence que les efforts de toutes sortes peuvent exercer sur un équilibre aussi instable, on sera surpris non de ce que les déplacements de l'utérus sont aussi fréquents, mais de ce qu'ils ne le sont pas davantage.

2° Les **dimensions de l'utérus** varient suivant l'âge, l'état physiologique ou pathologique et suivant les sujets.

Les dimensions de l'utérus ont été étudiées avec beaucoup de soin, en particulier par Richet, Aran, Guyon, Sappey, etc.; les conclusions de ces auteurs ne sont pas absolument identiques, et il n'en pouvait être autrement, puisque, les dimensions variant suivant chaque sujet, les moyennes doivent également varier. Néanmoins, on peut considérer chez les multipares le diamètre vertical de 6, 7 centimètres comme suffisamment exact.

En examinant les chiffres obtenus par ces mensurations, Richet est arrivé à ce résultat intéressant et commode pour la clinique, que le diamètre transverse diminue ou augmente en même temps que le diamètre vertical et qu'il mesure environ la moitié de ce dernier.

Les dimensions respectives du corps et du col varient dans de grandes proportions suivant l'âge des sujets.

Chez les multipares, la hauteur du corps l'emporte sur celle du col de 10, 12 millimètres environ, d'après Guyon.

Les recherches relatives aux dimensions du col pendant la grossesse et également en dehors de la gestation ont montré qu'il existait des différences individuelles considérables dans les dimensions observées. D'après les recherches de M. Pinard et M. Varnier, nous savons que la portion vaginale du col peut varier de 18 millimètres jusqu'à près de 5 centimètres.

Ces différences sont évidemment plus grandes si on ajoute à la portion vaginale la portion sus-vaginale. D'autre part, il semble démontrer que la grossesse apporte plutôt une légère augmentation de la longueur du col au moins pendant le premier temps de la gestation. Nous verrons ultérieurement l'importance de ces notions. On comprendra comment un col long et de plus légèrement augmenté dans ses dimensions peut être interprété comme représentant la totalité de l'utérus, même par un observateur compétent.

3° Extrémité inférieure ou col de l'utérus. —

L'insertion du vagin sur tout le pourtour du col utérin subdivise ce dernier en deux portions : l'une extra-vaginale ou sus-vaginale, et l'autre intra-vaginale. Cette dernière est la seule accessible à la vue. Le col de l'utérus peut être atteint d'hypertrophie simple. L'hypertrophie porte alors presque exclusivement sur la longueur et a reçu le nom d'allongement hypertrophique du col.

Au lieu de rencontrer l'orifice utérin à 8-10 centimètres de la vulve, on le trouve très rapproché de cet orifice ou même y faisant saillie. Or, il existe ici une distinction importante à établir : tantôt l'allongement porte exclusi-

vement sur la portion sus-vaginale, ou tantôt sur la portion intra-vaginale.

Dans le premier cas le toucher démontre que les culs-de-sac n'ont pas augmenté de profondeur et l'hystérométrie pratiquée donne une augmentation de hauteur proportionnée à l'allongement du col. Dans le deuxième cas, on trouve au toucher les culs-de-sac démesurément agrandis et le diagnostic est des plus faciles, car le col fait dans le vagin une saillie fort appréciable.

De même, il est à noter que, dès la première semaine de la grossesse, le col perd sa consistance au niveau du pourtour de l'orifice externe, le ramollissement envahit successivement et de bas en haut de l'orifice externe vers l'orifice interne toute l'étendue du col.

Ce ramollissement est plus rapide et plus complet chez les multipares que chez les primipares.

4^e Moyens de fixité. — L'utérus est solidement fixé en arrière par les ligaments utéro-sacrés qui attachent au niveau du col leurs faisceaux inextensibles et résistants.

Les connexions avec la vessie en avant, avec les ligaments larges et les ligaments ronds sur les côtés, servent bien moins à le soutenir qu'à l'orienter, si l'on peut ainsi dire, et à le maintenir dans la position d'antécourbure, qu'il conserve comme un vestige de sa situation fœtale.

On se rend bien compte de cette statique particulière, lorsqu'on abaisse l'utérus artificiellement jusqu'au moment où les ligaments utéro-sacrés sont tendus et s'opposent à une descente ultérieure.

La réplétion de la vessie porte en haut et en arrière en

effaçant momentanément son antécourbure qui reparaît et s'exagère lorsque le réservoir urinaire est vide. La réplétion de l'ampoule rectale pousse l'utérus directement en avant et en haut.

En somme, il n'existe pour l'utérus qu'un seul point fixe, c'est l'attache des ligaments postérieurs ou utéro-sacrés.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La latéro-flexion de l'utérus gravide est un phénomène très rare de la grossesse.

C'est pendant les premiers mois de la grossesse qu'on voit survenir le plus souvent cette complication.

Parmi les causes qui peuvent être incriminées ici, il est évident que la multiparité tient une large part en favorisant la formation du relâchement du tissu utérin au niveau de l'isthme de l'utérus gravide, et la déviation latérale du corps de celui-ci qui en résulte.

L'existence d'une métrite chronique, des avortements, des exsudations périmétriques, le glissement cicatriciel du segment inférieur du ligament large (Schultz), des brides cicatricielles, des tumeurs pelviennes d'origine inflammatoire ou néoplasique etc., etc., ne sont pas sans influence sur la production de la latéro-flexion de l'utérus gravide.

Toutes ces causes agissent en grande partie en favorisant la formation des adhérences anormales et deviennent ainsi l'origine de cette rare complication de la grossesse.

Pour en expliquer la pathogénie, on se trouve en présence de quelques hypothèses, interprétées par notre

maître M. Auguste Pollosson, au moment d'une de ses leçons de clinique à la Charité.

Il n'y a pas à douter que les adhérences, produites par les différentes causes que nous venons de signaler, jouent un rôle important dans la production de cette flexion latérale de l'utérus grávide. C'est en réunissant les annexes aux organes de voisinage, en formant des plissements cicatriciels, des connexions, des raccourcissements de la trompe, que les adhérences agissent et donnent, rarement il est vrai, naissance à une flexion latérale de la matrice.

C'est ainsi qu'on peut voir survenir à la suite d'une résolution du phlegmon du ligament large, une rétraction de ce dernier et le déplacement latéral en résulter.

De même il n'est pas rare de voir des inflammations chroniques, consécutives à une cellulite pelvienne, à une salpingite, créer des adhérences, des rétractions ligamenteuses, des déplacements utérins et même ovariens.

Il est évident que les rétractions et les relâchements ligamenteux doivent être attribués à la même raison que les adhérences dans les déviations latérales de la matrice grávide.

Pozzi signale en particulier la rétraction du ligament large, qu'il est si fréquent d'observer dans les cas de déchirures profondes du col du même côté et qui produit un certain degré de déviation latérale de l'utérus grávide en vertu d'une véritable paramérite chronique. Celle-ci ne peut être que de la périlymphangite chronique, une sclérose du tissu conjonctif du ligament large, autour des nombreux troncs lymphatiques qui rampent à sa base et qui, revenant du col, vont aux ganglions iliaques.

Pour la même raison, nous croyons qu'il ne serait pas étonnant de voir une hématocele à évolution lente et progressive, faisant des poussées congestives de péritonite à répétition, pendant lesquelles le volume de la tumeur subit des alternatives et finit à la fin par diminuer progressivement, donner comme résultat, à sa disparition, une déviation latérale de l'utérus avec immobilisation de l'organe gestateur.

Non moins importante est l'hypothèse sur la grande flexibilité de l'isthme due à un ramollissement très avancé des faisceaux musculaires du tissu utérin dans la multiparité. Dans ce cas nous croyons qu'il suffit d'avoir exercé une pression quelconque sur le fond ou sur le côté de l'utérus pour qu'il en résulte une flexion latérale de la matrice.

C'est de cette façon qu'on peut s'expliquer un cas de latéro-flexion de l'utérus gravide coïncidant avec la présence d'un kyste inclus dans le ligament large, ou d'une tumeur pelvienne quelconque, la tumeur agissant ici sur la matrice soit par compression, soit par tractions.

Nous ferons remarquer que les deux premières des trois observations publiées plus loin peuvent être expliquées, suivant M. Pollosson, d'après la première interprétation. On croit, en effet, à l'existence antérieure d'une salpingite, d'une métrite chronique, qui aurait produit des adhérences et favorisé ainsi la formation de la déviation latérale de l'utérus.

Quant à la troisième observation, elle se rattache plutôt à la dernière hypothèse, à cause de l'existence concomitante d'un petit fibrome pelvien qui aurait fait dévier par compression ou par tractions le corps de l'utérus

gravide présentant déjà un ramollissement avancé au niveau de son isthme.

En général, il faut le dire, nos connaissances sur ce sujet sont précaires, et les déductions tirées de ces lésions avérées sont plutôt théoriques que démontrées.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes qu'on observe dans un cas de latéroflexion de l'utérus gravide sont plus ou moins variables suivant le degré de la déviation de la matrice.

Ils se manifestent :

a) Par des phénomènes de compression d'une part : douleurs dans le ventre et surtout à droite, s'irradiant en haut du côté de l'épigastre et en bas du côté du membre inférieur correspondant.

La sensation de pesanteur dans le ventre, les douleurs dans les reins rendent la marche et la station debout prolongée pénibles, quelquefois la marche devient difficile et même impossible.

Il est rare d'observer ici des troubles de la défécation et de la miction.

b) Par des phénomènes sympathiques de la grossesse d'autre part :

Nausées, vomissements, troubles nerveux, modifications des seins, suppression des règles, etc.

En examinant l'abdomen d'une femme atteinte de latéroflexion de l'utérus gravide, on constate généralement la présence d'une tumeur donnant au toucher et à la palpation bimanuelle la sensation d'une masse fluctuante, molle,

indépendante de l'utérus, d'un volume peu considérable, située latéralement et simulant un kyste de l'ovaire. Quelquefois la tumeur se présente sous la forme d'une masse allongée, appendue sur le côté de la matrice et simulant une salpingite kystique. Il est rare aussi de voir cette tumeur simuler un corps fibreux pédiculé ; on constate alors que l'utérus gravide dévié latéralement présente une tumeur du volume de poing, ronde, dure et mobile, reliée par un long pédicule à un organe pelvien.

Au toucher, on trouve que le col est long, mou, vertical. L'isthme a une certaine hauteur. Au palper combiné, il semble qu'on sent le fond de l'utérus.

La santé générale de la malade reste bonne, à moins que, cependant, les douleurs ne soient pas trop accusées et n'empêchent la femme de dormir la nuit.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il importe de connaître exactement à quelle tumeur abdominale ou plutôt pelvienne on a affaire pour instituer le traitement qui lui convient.

La latéro-flexion de l'utérus gravide prête à confusion surtout avec une salpingite, un kyste de l'ovaire, pédiculé ou inclus dans le ligament large, un fibrome pédiculé de l'utérus, une grossesse extra-utérine.

La douleur unilatérale, surtout à la pression, au niveau des annexes, irradiée en haut et en bas ; l'irrégularité de la menstruation et même de l'aménorrhée ; la sensation d'une masse indépendante de l'utérus souvent mobile, allongée en forme de boudin ou de poire appendue sur le côté de la matrice, dont elle est séparée ordinairement par une sorte de sillon, constitué par le pédicule plus mince et moins accessible, sont des symptômes presque communs à une salpingite kystique et à une latéro-flexion de l'utérus gravide.

Néanmoins, la multiparité, l'absence de fièvre, la suppression des règles, l'allongement et le ramollissement du col, et enfin tous les phénomènes sympathiques de la grossesse, doivent faire penser à une flexion latérale de la matrice gravide.

L'une de nos trois observations a présenté une erreur de diagnostic de cet ordre : la malade a été traitée pour une salpingite droite, mais sans aucun succès. A la fin, un examen nouveau démontra une augmentation de la tumeur, qui prenait une attitude différente. En même temps, il semblait se faire une continuité avec le col utérin. Le diagnostic de la grossesse était positif.

La distinction est encore difficile avec un kyste de l'ovaire, pédiculé ou inclus dans le ligament large, à la première phase de son développement.

La sensation d'une tumeur petite et cachée dans le pelvis, appréciable seulement par le toucher et le palper combinés, tumeur rarement élastique, irrégulière, le plus souvent dure, devrait faire pencher le diagnostic en faveur d'un kyste de l'ovaire. Dans ce cas, si le kyste est pédiculé, la tumeur serait très mobile et nettement indépendante de l'utérus. Au contraire, si le kyste est inclus dans le ligament large, il semblerait faire corps avec l'utérus, et seulement l'existence d'un sillon entre la tumeur et l'utérus montrera son indépendance.

Ce sont surtout les kystes des ligaments larges qui prêtent à confusion, bien que peu souvent avec la latéro-flexion de l'utérus gravide.

On a vu se produire, dans le cas de kystes des ligaments larges, des modifications réflexes du côté des seins qui se gonflent et dont l'aréole se pigmente comme dans la grossesse.

On a vu même survenir de la sécrétion lactée chez de très jeunes filles.

On a remarqué aussi des troubles de la menstruation, plus rares cependant qu'on ne pouvait les supposer *a priori*.

Gaillard pour préciser l'influence des kystes sur la menstruation a analysé 169 observations. Il a vu que 1 fois sur 5 il y avait diminution ou retard des règles ; 1 fois sur 8 irrégularité, dysménorrhée ou augmentation des règles.

Il est à remarquer que des phénomènes de compression peuvent avoir lieu dans le cas de kyste du ligament large, de même que dans le cas d'une latéro-flexion de l'utérus gravide.

Ces phénomènes de compression se montrent lorsque la tumeur est enclavée dans le petit bassin : c'est à une période plus avancée de la maladie, quand le kyste agit par son volume et par son poids plus que par ses connexions.

La compression de la vessie amène assez souvent l'incontinence d'urine au début des kystes inclus dans les ligaments larges. D'autres fois c'est du ténesme et de la dysurie, de très vives douleurs par compression des nerfs, de la constipation ; l'obstacle apporté à la dilatation normale de l'estomac et aux mouvements de l'intestin est une grande cause de l'anorexie, des vomissements et contribue à amener le marasme, les varices, les œdèmes des extrémités, les hémorroïdes.

En présence d'un pareil cas, il est très difficile de trancher d'une façon affirmative l'existence possible d'une latéro-flexion de l'utérus gravide. C'est pourquoi il est préférable, croyons-nous, avec M. Pollosson, pour ne pas exposer les malades aux avortements, de s'abstenir de toute exploration avec l'hystéromètre, et se contenter seulement, comme nous le dirons dans le chapitre « Traitement », d'attendre et de suivre l'évolution de la tumeur.

C'est ainsi que l'une des trois malades de M. Pollosson, présentée dans la deuxième observation de notre thèse, a été considérée comme ayant un kyste de l'ovaire. M. Pollosson, avant de pratiquer l'ovariotomie, fit un examen à l'hystéromètre, et l'avortement est survenu le lendemain.

La difficulté est bien plus grande quand il s'agit de distinguer la présence d'une latéro-flexion de l'utérus gravide d'une grossesse extra-utérine latérale, non interrompue et avant le cinquième mois.

La suppression des règles pendant toute la durée de la grossesse, troubles du système nerveux (surtout troubles digestifs), développement du ventre, les vergétures, l'effacement de la cicatrice ombilicale, modifications des seins, ramollissement et allongement du col, sont des phénomènes sympathiques presque communs pour les deux grossesses en question.

Les douleurs plus ou moins vives, surtout dans le bas-ventre avec irradiation dans les lombes, et revenant de préférence au moment des époques menstruelles, sont plutôt caractéristiques dans la grossesse ectopique.

Il en est de même dans la latéro-flexion de l'utérus gravide, où les douleurs unilatérales (plus souvent à droite) s'irradient en haut, du côté de l'épigastre, et en bas du côté du membre inférieur correspondant.

Le ramollissement, du col qui est constant pendant la durée de la grossesse, n'est jamais aussi accusé, aussi complet dans la grossesse ectopique que dans la grossesse utérine normale ou en latéro-flexion.

De sorte qu'en présence d'un col de ce caractère on devra avoir présente à l'esprit l'idée d'une latéro-flexion d'une matrice gravide.

Ce n'est pas à préciser les limites de l'utérus que l'on s'appliquera pour éviter la confusion de ces deux grossesses. Il est vrai qu'à l'aide du toucher et du palper combinés, on apprécie nettement l'indépendance des deux tumeurs constituées par l'utérus et le kyste fœtal de la grossesse extra-utérine. Mais cette indépendance est aussi bien marquée pour la latéro-flexion de l'utérus gravide ; d'où la confusion et la grande difficulté à comprendre à quelle variété de grossesse on a affaire.

Un signe est susceptible seulement de mettre sur la voie : l'exploration de la tumeur fœtale dans une grossesse ectopique, irrégulière et peu mobile, située à droite ou à gauche de la ligne médiane, à côté d'une autre tumeur plus régulière, utérus hypertrophié, ne permet jamais de percevoir de contractions à son niveau ; tandis qu'elles peuvent être parfois constatées à l'examen bimanuel dans la latéro-flexion de l'utérus gravide, signe très important.

En somme, il faut bien dire que le diagnostic à cette période de développement de la grossesse est bien difficile et même impossible, puisque, dans les deux cas, il ne s'agit que d'une grossesse.

C'est grâce à une confusion de cette nature que la troisième malade de M. Pollosson a été considérée comme présentant une grossesse extra-utérine.

Ce diagnostic était formulé à l'état d'hypothèse lorsque, à un examen ultérieur, M. Pollosson fut surpris de voir la tumeur augmenter de volume et changer d'attitude en devenant médiane.

M. Pollosson ayant vu les deux cas précédents, comme nous le dirons dans notre troisième observation, pensa à la possibilité d'une latéro-flexion de l'utérus gravide.

En effet, l'accouchement se termina à terme ; le diagnostic d'une déviation latérale était exact.

Il n'est pas non plus facile d'affirmer la présence d'une latéro-flexion de l'utérus gravide simulant un corps fibreux pédiculé.

La sensation au toucher et au palper combinés, donnant la perception d'une tumeur reliée par un long pédicule à un organe pelvien, du volume d'un poing, ronde, dure, mobile et semblant être indépendante de l'utérus, présente le même caractère dans la flexion latérale de la matrice gravide et dans le cas d'un corps fibreux pédiculé.

Néanmoins, l'existence de tous les phénomènes sympathiques de la grossesse conduira à l'hypothèse d'une latéro-flexion de l'utérus gravide.

Dans son Mémoire, *Grossesse avec elongation du col*, M. Jones a signalé quatre observations dans lesquelles l'utérus gravide non fléchi, avec allongement du col, a simulé un corps fibreux pédiculé. D'après cet auteur, l'utérus présentait à l'examen bimanuel une tumeur du volume d'un poing, ronde, dure, mobile, située entre la symphyse pubienne et l'ombilic et donnant la sensation d'une masse peu fluctante, reliée par un long pédicule à la matrice dont elle est indépendante. La pression exercée sur la tumeur n'agissait que faiblement sur le col. Le cathétérisme utérin donnait une hauteur de 12 centimètres environ sans amener aucun écoulement de liquide.

L'auteur attribue cet état spécial de l'utérus gravide à ce fait que le fond de l'utérus, siège habituel de l'insertion de l'œuf, serait alors devenu globuleux, tandis que le segment inférieur serait resté flasque. De là une fausse sensation de pédiculisation, interprétation que nous

avons soutenue dans le précédent chapitre de la Pathogénie.

« Il est bien probable, dit l'auteur, qu'il s'agissait dans les quatre cas d'un début de grossesse chez des femmes ayant une hypertrophie de la portion sus-vaginale du col. »

Evidemment les quatre observations de Jones, qui font la base de son mémoire, se rapprochent beaucoup des trois observations que nous publions plus loin, non pas comme faits cliniques démontrant l'existence d'une latéro-flexion de l'utérus gravide, puisque la tumeur fœtale restait toujours médiane, mais comme un bon critérium pour admettre la possibilité d'un utérus gravide simulant un corps fibreux pédiculé.

De là, il serait facile de conclure en faveur de la possibilité d'une latéro-flexion de l'utérus gravide, simulant un corps fibreux pédiculé.

Les considérations que nous avons fait valoir pour le diagnostic différentiel pourraient être développées davantage, mais c'est là un travail théorique, et la discussion de chaque cas clinique nécessiterait sans doute des observations particulières.

L'important pour éviter les erreurs, c'est de savoir que ces latéro-flexions existent, qu'elles méritent d'être prises en considération. Pour diagnostiquer ces dispositions exceptionnelles, la première règle, c'est d'y songer.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. Pollosson.)

M^{me} X..., âgée de 25 ans, secondipare, entre, au mois de juin 1897, à l'infirmierie de la Maternité; elle se plaint de douleurs dans le ventre, surtout du côté droit, et elle ne peut continuer à travailler. Depuis son précédent accouchement, elle a présenté des pertes blanches, une métrite catarrhale et un peu de douleur à droite, qui faisaient songer à un léger cas de salpingite.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente un retard de ses règles de quinze à vingt jours environ. A l'examen, on constate que le col utérin est légèrement dévié à gauche; dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse rénitente, du volume d'un œuf de poule, douloureuse et de forme régulière. Le col utérin exploré par les culs-de-sac remonte à gauche de la tumeur précédente.

Il semble que l'utérus, de volume petit, est déjeté à gauche et que la tumeur du cul-de-sac droit est indépendante de l'utérus.

D'après cet examen, on fait le diagnostic de salpingite. La malade fut gardée au repos et en observation. On

vit alors la tumeur latérale droite continuer à se développer ; en même temps, elle se redressa et devint plus médiane et l'on put constater qu'elle n'était pas indépendante de l'utérus, mais qu'elle représentait le corps utérin en continuité avec un col légèrement allongé. Les douleurs diminuèrent en même temps que le redressement et l'on constatait également qu'il s'agissait d'une grossesse et que les douleurs du début étaient imputables à l'inflexion latérale du corps utérin.

On se contente comme traitement du repos et des applications de teinture d'iode sur le côté droit ; après quinze jours de repos, la malade améliorée, quitte le service, mais elle y revient quinze jours après son départ, se plaignant de souffrir à nouveau. La tumeur a nettement augmenté de volume ; elle est toujours douloureuse à la pression ; il semblerait, en raison du précédent diagnostic de salpingite, que l'on dût intervenir par la ponction et incision vaginale ; mais l'absence des règles et l'augmentation de la tumeur firent retarder par prudence la susdite intervention.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. Auguste Pollosson.)

M^m. X..., âgée de vingt-quatre ans, secondipare, entre à la Charité au mois de janvier 1897, en se plaignant des douleurs localisées dans la partie inférieure et droite de l'abdomen.

Ses règles ont manqué dans les deux derniers mois. Les douleurs qu'elle éprouvait sont modérées ; mais la marche et la station debout sont pénibles.

On constate, par le toucher et le palper combinés, une tumeur arrondie, régulière, du volume d'une tête de fœtus, bombant un peu du côté de l'excavation, mais développée du côté de l'abdomen. La consistance est celle d'un kyste de l'ovaire, modérément tendu. Le col utérin est déjeté tout à fait du côté gauche de l'excavation ; par le toucher profond des culs-de-sac, on suit ce col dans une certaine hauteur, il semble que l'utérus est déjeté du côté gauche et que la masse est indépendante.

Malgré le diagnostic de kyste de l'ovaire, on ne décide pas une intervention immédiate, et la malade est gardée pendant quelque temps en observation.

Au bout d'une quinzaine de jours, la malade souffrant davantage, réclame un soulagement et une intervention.

Un nouvel examen confirme les renseignements précédents ; il semble bien que la tumeur est indépendante de l'utérus, refoulé à gauche.

M. Auguste Pollosson décide donc de pratiquer une ovariectomie. Toutefois, il lui semble utile de confirmer par une hystérométrie, la notion d'indépendance de la tumeur de l'utérus.

L'hystéromètre pénètre sans difficulté et sans douleur dans la direction du col, c'est-à-dire à gauche de la tumeur observée ; on pénètre ainsi à 8 centimètres de profondeur. Aucun écoulement de sang ni de liquide ne suivit cette exploration.

Cet examen à l'hystéromètre semblait donc confirmer les notions précédemment acquises.

Mais dans la nuit qui suivit, la malade fut prise des douleurs et expulsa, comme dans un avortement vulgaire, un embryon et un placenta, correspondant à une grossesse de deux mois et demi à trois mois.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. Auguste Pollosson.)

Mme X..., multipare, habituellement bien réglée, a eu ses époques régulièrement jusqu'au mois d'avril 1897. Au mois de mai, les règles manquent et en même temps surviennent quelques phénomènes généraux de la grossesse : nausées, vomissements, inappétence ; en outre, apparaissent quelques douleurs dans la partie inférieure du ventre.

Préoccupée de ces douleurs, cette malade vint consulter un chirurgien très distingué et spécialiste en gynécologie, lequel fit les constatations suivantes : utérus de petit volume et légèrement déjeté à gauche ; à droite de cet utérus, on perçoit une petite tumeur du volume d'une grosse noix ; tumeur douloureuse au toucher et de consistance pâteuse ; en arrière de cette petite tumeur, on en sent une autre de petit volume, mais plus ferme et moins douloureuse et qui fait l'effet d'un petit fibrome.

Le chirurgien consulté, considérant la suppression des règles et des symptômes généraux d'une part, et constatant d'autre part l'existence d'une tumeur latéro-utérine douloureuse, admit la possibilité d'une grossesse tubaire, sans affirmer pourtant ce diagnostic d'une manière absolue. Il conseilla, en tout cas, une surveillance attentive, relative-

ment à l'évolution de la tumeur observée, et comme ce chirurgien ne pouvait suivre la malade parce qu'il devait s'absenter, il conseilla de s'adresser à un de ses collègues. Il avait eu soin d'exprimer non seulement par écrit les constatations qu'il avait faites, mais de les représenter par un dessin.

Quelque semaines après ce premier examen, la malade va consulter M. le Dr Auguste Pollosson ; celui-ci fit des constatations à peu près concordantes avec les précédentes.

Toutefois la tumeur latérale droite avait augmenté de volume et atteint celui d'un gros œuf de poule. La petite masse fibromateuse refoulée par le développement de la tumeur n'était plus accessible ; quant au col utérin, il était toujours déjeté à gauche et un angle très net, existant entre le col et la tumeur, semblait indiquer l'indépendance de l'un et de l'autre.

Il paraissait donc assez net, que la tumeur était indépendante de l'utérus et le diagnostic de grossesse tubaire paraissait très logiquement porté.

Toutefois, M. Auguste Pollosson mis en méfiance par les deux cas précédents, admit comme possible l'hypothèse d'une grossesse utérine avec flexion latérale du col.

Ce qui rendait admissible cette supposition, c'est que le corps utérin n'était pas assez nettement senti à côté de la masse latérale et paraissait un peu trop petit. Cette restriction étant juste, M. Pollosson demande à la malade de se laisser examiner périodiquement à quelques semaines d'intervalle, et il put constater, en effet, que la tumeur latérale augmentait progressivement de volume, qu'elle se redressait, devenant plus médiane, et qu'elle montrait

d'une façon de plus en plus nette sa connexion et sa continuité avec le col utérin, un peu augmenté de longueur.

Le diagnostic de grossesse normale utérine s'imposa peu à peu et la malade accoucha à peu près à terme dans les premiers jours de janvier en 1898.

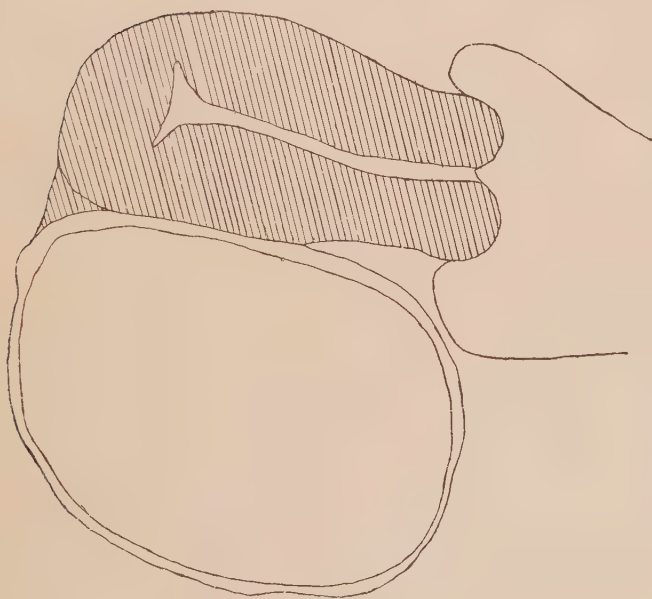
Vers la fin de la grossesse et alors que l'utérus avait une position parfaitement normale, il était aisé de constater, dans la paroi latérale droite de la matrice, un petit fibrome du volume d'une noix, celui sans doute qui avait été constaté le premier à côté du col utérin réfléchi.

Peut-être ce fibrome a-t-il pu contribuer par son poids à la déviation latérale de l'utérus.

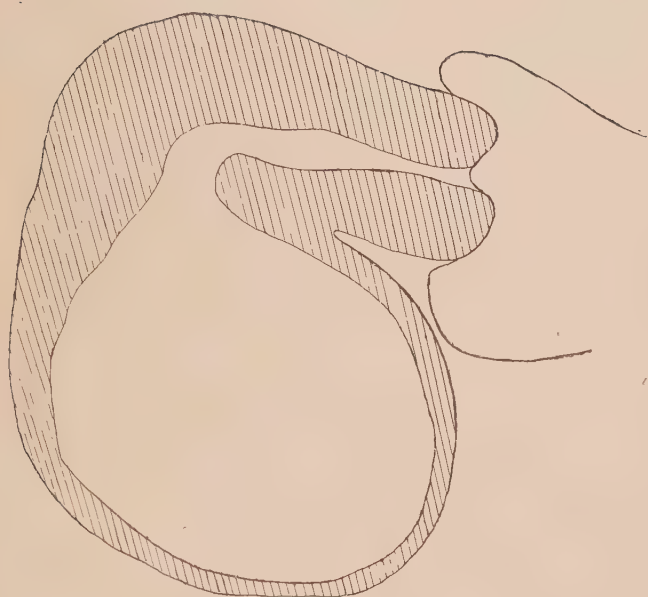
CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le seul traitement est l'expectation, le repos dans la station horizontale ; peut-être serait-il bon de faire coucher la malade sur le côté opposé à la latéro-flexion ; en tout cas, il importe avant tout de s'abstenir de l'hystérométrie et de toute exploration trop violente qui risquerait de provoquer un avortement.



Interprétation erronée de la disposition véritable



Vue de face. — Disposition réelle

CONCLUSIONS

En nous appuyant sur les trois observations que nous venons de publier dans ce modeste travail, nous sommes amenée à dire que :

I. La latéro-flexion de l'utérus gravide ne constitue pas à elle seule une maladie, mais seulement un résultat d'un état morbide complexe dans lequel le déplacement n'entre que pour une part variable.

II. L'indépendance apparente de latéro-flexion de l'utérus gravide peut simuler différentes tumeurs pelviennes et être ainsi souvent la cause d'une erreur de diagnostic.

III. Le développement du fœtus le plus souvent n'est pas compromis et l'accouchement, après une bonne surveillance, survient presque toujours à terme.

IV. Le redressement progressif du corps d'un utérus

graveide fléchi sur les côtés, présente ordinairement le terme final de toute l'évolution.

V. S'abstenir de tous les moyens d'exploration interne de la matrice, sous peine de provoquer l'avortement.

VI. Attendre et surveiller la malade, — seul moyen à conseiller comme traitement.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

